



Behandlungsvertrag:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Tel.: _____

Handy: _____ E-Mail: _____

Mit Foto (**nur für Patientenakte**) einverstanden: ja nein

Versicherung: gesetz. Kasse Privat Tarif: _____

Angehörige oder gesetzlichen Betreuer (bitte Adresse und Tel.-Nr. angeben) demgegenüber Sie den Arzt von der Schweigepflicht entbinden (**auch** für die **Abholung** von **Rezepten**):

Hinterlegung von Rezepten, zur Abholung, in der Apotheke: ja nein

Hausarzt/überweisender Arzt:

Ich wünsche, dass der o.g. Hausarzt / überweisende Arzt über meine Behandlung / Facharztbriefe informiert wird: Ja Nein

Sie sind mit der Schweigepflichtentbindung der vorbehandelnden und weiterbehandelnden Ärzte einverstanden? Ja Nein

Ärzte: _____

Die Erhebung Ihrer Daten ist selbstverständlich freiwillig.

Hiermit erkenne ich an, dass ich daran gebunden bin, die vereinbarten Termine einzuhalten. Mir ist bekannt, dass ich **Termine rechtzeitig vorher absagen** muss, **ansonsten** wird eine **Ausfallpauschale von 20 € - 150 €** fällig.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben.

Falls sich Änderungen ergeben, sind Sie verpflichtet dies der Praxis mitzuteilen.

Datum

Unterschrift

bitte wenden

Abrechnungshinweise

Erläuterung zur Diagnostik und Therapie für konventionelle, innovative und ganzheitliche Behandlungsmethoden

Die Abrechnung aller Behandlungsmethoden erfolgt auf der Grundlage der amtlichen GOÄ vom 01.01.96 unter

Beachtung der aktuellen Empfehlungen für analoge Bewertungen durch die Bundesärztekammer und unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtslage.

Der Steigerungsfaktor für die einzelnen Leistungen liegt je nach Schwierigkeit und erforderlichem Aufwand zwischen 1,0 und 3,5fachem Satz.

Da derzeit für viele z. T. neue und /oder sehr zeitaufwändige Leistungen eine Gebührensatznummer nach GOÄ nicht zur Verfügung steht, müssen sie durch analoge Bewertungen nach § 6, Abs. 2 GOÄ zum Ansatz gebracht werden.

Erfahrungsgemäß ist die Erstattung der hierdurch entstehenden Honorarforderung durch die privaten Krankenversicherungen und/oder Beihilfestellen nicht immer problemlos gewährleistet, wodurch für den Patienten ein nicht erstattungsfähiger Kostenanteil verbleiben kann.

Insbesondere der Abschluss einer Vereinbarung nach § 2 GOÄ über die Abweichung von den Bemessungsgrenzen der Gebühren laut § 5 GOÄ (Überschreitung des Gebührenrahmens) kann möglicherweise nicht unerheblich finanzielle Belastungen zur Folge haben.

Um Missverständnisse und unnötigen Verwaltungsaufwand daher von vorneherein auszuschließen, möchte ich Sie in diesem Zusammenhang auf die Rechtslage der ärztlichen Behandlung und ihrer Kostenerstattung hinweisen:

Durch die Inanspruchnahme des Arztes kommt ein Behandlungsvertrag zwischen Patient und Arzt zustande, der auch ohne schriftliche Bestätigung (ausgenommen bei gesetzlich Versicherten* und Kostenerstattungsfällen**) wirksam wird. Aus diesem Behandlungsvertrag entsteht dem Arzt ein Honoraranspruch, der nach den Vorschriften der GOÄ durch eine korrekte Rechnung nach § 12 geltend gemacht werden muss. Die Rechnung des Arztes ist sofort nach Erhalt zur Zahlung fällig.

Der Patient hat bei Vorliegen der Voraussetzungen einen Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten aus seinem Krankenversicherungsvertrag, wobei die Höhe der Erstattung von der Tarifwahl (bei Kostenerstattungsfällen vom Sach- und Dienstleistungsprinzip) abhängig ist. Daraus resultierende Kürzungen des Rechnungsbetrages durch die PKV/(GKV) darf der Patient nicht an den Arzt weitergeben. Der Versicherte hat aber die Möglichkeit, bei ungerechtfertigten Kürzungen der PKV seine Forderungen gegenüber der Krankenversicherung auf dem Rechtsweg durchzusetzen.

Hinweise für Patienten, die gesetzlich versichert oder beihilfeberechtigt sind, Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt und/oder eine private Krankheitskosten-Zusatzversicherung abgeschlossen haben:

Für Privatärzte gilt diese Regelung nicht. Deshalb müssen Sie Ihren Entschluss, sich auf eigene Kosten privatärztlich behandeln zu lassen, durch eine schriftliche Vereinbarung mit Ihrem Arzt bestätigen (vgl. § 18 BMV-Ä).

** Gesetzlich Versicherte, die Kostenerstattung gewählt haben, gelten als Privatpatienten und erhalten eine Rechnung nach GOÄ. Auch sie müssen eine schriftliche Behandlungsvereinbarung mit Ihrem Arzt abschließen.

-Prüfen Sie Ihren Versicherungsvertrag auf mögliche Ausschlüsse und Selbstbehalte.

- Fragen Sie im Zweifelsfall bei Ihrer Versicherung nach, ob die Kosten für spezielle Therapieverfahren übernommen werden.
- Lassen Sie sich die Entscheidung des Kostenträgers schriftlich mitteilen.
- Beachten Sie in diesem Zusammenhang bitte unbedingt die Ausschlussrichtlinien der Beihilfestellen, falls Sie Anspruch auf entsprechende Erstattung haben.

WICHTIGER HINWEIS:

Ab 01.01.2007 gelten wesentliche Änderungen im Beihilferecht. Verordnungsfähige, aber nicht verordnungspflichtige Medikamente sind bis auf wenige Ausnahmen nicht mehr beihilfefähig.

Behandlungsvertrag Privatpatienten (IGEL Leistungen)

Name / Vorname, geb. _____

Adresse: _____

Krankenkasse des Patienten: _____

Abrechnungshinweise (entnehmen Sie bitte der Rückseite dieses Behandlungsvertrages)

Erklärung des Arztes:

Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Heilbehandlung, über Art und Umfang der Leistungen wird der/die PatientIn entsprechend aufgeklärt. Über das medizinisch notwendige Maß hinausgehende Leistungen oder Leistungen auf Verlangen des Patienten werden im Rahmen dieses Behandlungsvertrages nicht erbracht.

Einverständnis des Patienten/Zahlungspflichtigen:

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, die Abrechnungserläuterungen zur Kenntnis genommen zu haben. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selber trage. Ich bin auch darüber informiert, dass die Krankenversicherung/Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann.

Zusätzlich bestätige ich, dass ich sämtliche Kosten, die für Auftragsleistungen im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungserbringern, z. B. Laborarzt in Rechnung gestellt werden, in vollem Umfang übernehme.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch den Erhalt eines Exemplars dieses Behandlungsvertrages.

Paderborn, den _____

.....
(Unterschrift des Patienten/Zahlungspflichtigen)

.....
(Unterschrift des Arztes)

Vorerkrankungen **ja, siehe unten** **keine**

<input type="checkbox"/> Diabetes mell.	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Gefäßerkrank.	<input type="checkbox"/> Cholesterinerh.
<input type="checkbox"/> Schlaganfall (wann?):	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt (wann?):	<input type="checkbox"/> Angina pectoris koronare Herzerkr.	<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C seit	<input type="checkbox"/> HIV seit
<input type="checkbox"/> Nieren-/Gallensteinleiden	<input type="checkbox"/> Blasen-/Nierenentzündungen	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/> grüner Star (Glaukom)
<input type="checkbox"/> Neurolog. Erkr. (z. B. Multiple Sklerose)	<input type="checkbox"/> psych. Erkrank. (z. B. Depression)	<input type="checkbox"/> Abhängigkeiten	<input type="checkbox"/> Bösartige Erkrankungen	
<input type="checkbox"/> andere:				

Operationen/Verletzungen (Datum) **ja, siehe unten** **keine**

<input type="checkbox"/> Nieren: welche?	<input type="checkbox"/> Harnblase:	<input type="checkbox"/> Harnröhre	<input type="checkbox"/> Hoden: re / li	<input type="checkbox"/> Leiste: re / li
<input type="checkbox"/> Prostata: wenn ja, <input type="checkbox"/> gutartig <input type="checkbox"/> bösartig <input type="checkbox"/> über die Harnröhre <input type="checkbox"/> über Bauchschnitt				
<input type="checkbox"/> Kopf	<input type="checkbox"/> Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> Bandscheibe	<input type="checkbox"/> Bauchraum	<input type="checkbox"/> Becken
<input type="checkbox"/> gynäkolog.	<input type="checkbox"/> Blinddarm	<input type="checkbox"/> Gallenblase	<input type="checkbox"/> Darm	<input type="checkbox"/> Genitale

Allergien **ja, siehe unten** **keine**

<input type="checkbox"/> gegen Medikamente (z.B. Antibiotika, Schmerzmittel etc.)		
<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel	<input type="checkbox"/> gegen anderes

Medikamente (alle Medikamente die regelmäßig eingenommen werden.) **ja, siehe unten** **keine**

<input type="checkbox"/> Gerinnungshemmer <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> ASS/Aspirin <input type="checkbox"/> Plavix <input type="checkbox"/> Iscover <input type="checkbox"/> Heparin-Spritze
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Unterschrift der Patientin/des Patient

Unterschrift